

P3-6-3 救命し得た子宮型羊水塞栓症の2症例下関総合病院¹, 小倉記念病院²梶呂匠彌¹, 水本久美子¹, 丸山祥子¹, 菊田恭子¹, 坂口優子², 嶋村勝典¹, 高崎彰久¹, 森岡 均¹

近年、弛緩出血と考えられてきた症例の中に、弛緩出血とは病態が異なる子宮型羊水塞栓症の存在が報告されている。今回、救命し得た子宮型羊水塞栓症を2症例経験した。【症例1】40歳初産婦、特記すべき既往歴、家族歴なし。妊娠39週、前期破水を認め、誘発分娩開始したが胎児機能不全を認め、緊急帝王切開となった。術後、性器出血持続し、子宮収縮剤投与でも改善は認められなかった。早期よりfibrinogenの減少、血小板の減少、凝固能の異常を認めたため、子宮型羊水塞栓症を疑い、新鮮凍結血漿の輸血を行ったが出血持続し、fibrinogenの著しい低下を認めたため、子宮全摘術施行した。【症例2】29歳1経産婦。経陰分娩後4時間で1500mlを超える弛緩出血を認め、当院救急搬送となった。入院後、子宮収縮剤の大量投与を行ったが改善せず、早期よりfibrinogenの減少、凝固能の低下を認めたため、子宮型羊水塞栓症を疑い、新鮮凍結血漿の投与を行った。しかし出血持続し、分娩後8時間には歯肉、口唇出血を認めたため、子宮全摘術施行した。両症例とも術後経過は良好であった。病理検査では、両症例とも子宮静脈中にalcian blue陽性所見、C5a-receptor発現細胞の増加を認め、子宮型羊水塞栓症の診断であった。通常の弛緩出血と異なり子宮収縮剤が無効でDIC症状が改善しなかった子宮型羊水塞栓症例2例を経験し、新鮮凍結血漿の投与及び子宮摘出によって救命できた。

P3-6-4 神経線維腫症に合併した褐色細胞腫による高血圧クライゼを契機に発症した心肺虚脱型羊水塞栓症の1例福井愛育病院¹, 福井大²高橋 望¹, 津吉秀昭², 西島浩二², 黒川哲司², 折坂 誠², 吉田好雄²

今回神経線維腫症に合併した褐色細胞腫による高血圧クライゼを契機に発症した心肺虚脱型羊水塞栓症を経験した。多彩で重篤な症状を呈し治療に難渋した本症例の臨床経過を報告する。患者は29歳の1回経産婦で、基礎疾患に神経線維腫症(von Recklinghausen病: NF1)を有していた。妊娠37週に頭痛と嘔気を主訴に前医を受診、NF1に関連する頭蓋内病変の評価を目的に当院へ搬送された。神経学的異常所見を認めず、高血圧(169/81mmHg)と胎児一過性徐脈が出現していたため、帝王切開を優先すべきと判断した。帝王切開で2779gの男児をApgar score 8/8で娩出したが、児娩出直後に胃や肩の痛みを訴え、不穏状態に陥った。その後血中酸素飽和度が急激に低下したため気管内挿管を施行。挿管チューブから水様性分泌物が噴出し、肺水腫と判断した。CTによる全身検索の際に褐色細胞腫が発見された。ICU入室2時間後に心室細動が出現し心原性ショックに陥ったため、DC・心臓マッサージを施行し、直ちに経皮的な心肺補助法および大動脈内バルーンパンピングへ移行した。その後もDICや偽膜性腸炎を発症し、危険な状態が続いたが、産褥15日目には呼びかけに領くようになり、産褥39日目に一般病棟へ転棟した。この頃、浜松医科大学に提出した母体血清からZn-CPI(亜鉛コプロポルフィリン)が証明され、羊水塞栓症と診断された。産褥61日目に再度高血圧クライゼを発症し、産褥69日目には副腎腫瘍摘出術が施行された。高血圧疾患は羊水塞栓症のハイリスク群とされる。NF1に褐色細胞腫が合併するという予備知識があれば、クライゼに続発する羊水塞栓症を予防できた可能性がある。

P3-6-5 子宮動脈塞栓により子宮温存できた臨床的羊水塞栓症の3例

広島大

濱崎 晶, 坂下知久, 信実孝洋, 平田英司, 工藤美樹

羊水塞栓は急速に進行する播種性血管内凝固(DIC)のために、手術困難となる症例が多い。また、従来はDIC型後産期出血とされていた症例には子宮型羊水塞栓症を多く含んでいることが明らかになってきた。当院では産褥出血に対し子宮動脈塞栓術(UAE)を早急に施行可能であり、良好な成績を得られている。しかし羊水塞栓症に対してUAEを施行した報告は少なく、その有効性はいまだ示されていない。今回我々は臨床的羊水塞栓症と診断し、分娩後の制御困難な出血に対しUAEを施行することにより子宮を温存できた3症例を経験したので報告する。症例の年齢は25~39歳に分布し、分娩時週数は38~40週であった。いずれの症例も妊娠分娩経過には異常を認めなかったが、分娩終了後に制御不能な出血を来し、分娩後1~3時間で当院に救急搬送された。入院時のShock Indexは1.7以上で、臨床検査値はHb 4.1~6.3g/dl, Plt 5.6~6.6万/μl, PT-INR 1.38~3.96, APTT 47秒~scale out, Fibrinogen 12.1~53.9 mg/dl, AT3 26~47%であった。いずれの症例も産科的DICスコアが16点以上の高度DICの状態であり、直ちに抗ショック療法、抗DIC療法、大量輸血、AT製剤、Fibrinogen製剤投与などを行った。出血量に見合わないvital signと進行性のDICを認めたことにより臨床的羊水塞栓症と診断し、持続する子宮出血に対しUAEを実施し止血が可能であった。UAE決定から開始までの時間は16~44分であった。浜松医大にて測定したZnCP1, STNはそれぞれ陰性~5.6 pmol/ml, 22~312.3 U/mlであった。羊水塞栓症に対するUAEは急速に進行するDICと循環不全の状態でも実施でき、子宮温存が可能であることから有用であると考えられた。